

老人保健施設制度の展開と評価

小山秀夫

I はじめに

1988年（昭和63年）4月1日より老人保健施設制度が本格実施され、5年が経過しつつある。老人保健施設（以下、老健施設とする）は、寝たきり老人などの要介護老人に対して、医療サービスと日常サービスを併せて提供する中間施設として創設された。

老健施設は老人の生活自立を支援し、家庭的な雰囲気有し、地域や家族との結び付きを重視した運営が求められている。ここには「自立支援」「家庭復帰」「家庭的雰囲気」「地域・家族との結び付き」という4原則が明示されている。自立支援とはリハビリテーション施設を、家庭復帰とは通過施設を、家庭的雰囲気とは生活の質（QOL）の向上を、そして地域・家族との結び付きとは在宅支援施設を意味している。

老健施設については、制度の創設以前から各種の議論が行われ、本格実施以降も評価についての議論が行われている。

以下では、老健施設制度および老健施設のこれまでの展開とその評価について、若干の考察を行い、知見を披瀝してみたい。

本論の趣旨は、老健施設制度の意図が、第一義に老人施設体系の再編成にあり、サービスの量および質とともに財政的にも21世紀の長寿社会に対応することが要請されたことを主張することである。この要請に対して、必ずしも十分ではないが、相対的に老健施設が高く評価されることも併せて強調したい。

II 老健施設制度の展開

わが国の今後の老人施策全体を考える場合、老健施設は、きわめて重要な地位を占めざるをえない。実際に、老健施設は、増大するニーズや財政的負担に対する対応策として、また老人施設体系再編成の切り札として議論され、立案されたといってもよいであろう。

1985年（昭和60年）1月24日、首相の諮問機関である社会保障制度審議会は「老人福祉の在り方について」建議を行い、その中で「新しい介護施設として、老人病院と特別養護老人ホームを統合し、その長所を持ち寄ったいわば中間施設ともいふべき介護施設の制度化を真剣に検討すべきである」と提言した。この提言に対して厚生省は、中間施設懇談会を設置し、同年8月2日に中間報告を公表した¹⁾。報告を受けた厚生省は、1986年（昭和61年）2月、老人保健法改正法案に老健施設として中間施設制度の創設を盛り込んだ。また、昭和61年度予算案に、老人保健施設モデル事業のための予算を計上し、その結果に基づき、62年度から本格的に実施する計画を立案した。

老健施設の厚生省原案は、次のとおりである。病状が安定期に入って入院治療をする必要はないが、リハビリや看護・介護を中心とした医療ケアを必要とする寝たきり老人を対象に、入所サービスや在宅サービスを行う施設として位置付け、施設、スタッフ、運営などの基準については、老人保健審議会の意見を聞いて定める。利用手続きは、病院の入院手続きと同様とするが、利用者は、食

費、理髪代、日用品費、教養娯楽のための経費などを負担する。このほかの施設療養費については、新たに制度を作り、必要な額を検討し、施設に支払う。療養費の負担割合は、医療給付と同等の負担割合（国2割、地方1割、保険者7割）とする。

政府は、2000年（昭和75年）までに、老健施設を26万から30万床程度段階的に整備するという考え方を示し、国会に提出したが、第105臨時国会での衆議院解散に伴い廃案となり、1986年（昭和61年）7月の衆参同時選挙後の国会に再提出された。

老人保健法の成立に当たって老健施設制度案は若干の修正を受けるとともに、以下の附帯決議がなされた。それは、「老人保健施設を全国的に速やかに整備するため、整備方針を早急に明らかにするとともに、その整備促進に必要な税制、補助金、融資等の助成措置を講ずること」「老人保健施設の施設、人員及び運営の諸基準については、寝たきり老人等にふさわしい医療サービス及び生活サービスが確保されるよう十分配慮すること」を明文化したものである。

1986年（昭和61年）12月の老人保健法改正法の成立により、老健施設制度が創設され、87年4月以降全国7ヵ所においてモデル事業が実施された。

制度の本格実施は、それまで山積されていた老人施設体系に関する問題の解決を意味せず、むしろ制度の開始により、体系化問題を一層顕在化させることになる。

問題は、大別して3点に要約することができる。第1は、老健施設の施設整備が必ずしも順調ではないという問題である。特に大都市への普及が、土地代、建築費、人件費等の高騰のため進まず、制度全体の発展に水をさすことである。第2は、家庭復帰といっても、入所者全員が可能なわけではなく、かえって入所の長期化が懸念された。第3に、老健施設利用者を老人医療の対象者に限定しているため、65歳以下の初老期痴呆老人に利用できないという問題である。

1989年（平成元年）12月の老人保健審議会の「老人保健制度の見直しに関する中間意見」の中

で、施設の在り方について老健施設部会で検討する旨の意見具申がなされ、これを受けた1年半の検討の結果、翌年7月に老人保健審議会から「老健施設の在り方について」意見具申がなされ、この問題が改めて検討され、結果として、①家庭復帰という性格を堅持する、②整備促進のため具体的条件整備を行う、③初老期痴呆者の老健施設への受け入れ、が主張された。これらの3点は、第3次老人保健法改正法の成立により現実のものとなる。

この間、1990年（平成2年）4月に老健施設療養費が約8%引き上げられるとともに、デイケアをはじめ在宅支援関連の療養費の大幅な引き上げが行われた。

1991年（平成3年）9月27日、老人保健法改正法が可決成立し、10月4日に公布された²⁾。老人保健法は、1986年（昭和61年）12月に改正法が成立し、同法附則第14条の見直し規定により、1990年（平成2年）度中に見直しが予定されていた。しかし、老人保健審議会の中間意見において、費用負担の在り方について意見がまとまらず、翌年に見送ることとされた。老人保健法改正の内容は、①老人訪問看護制度の創設（在宅老人が都道府県知事の指定する老人訪問看護事業を行う者から看護サービスを受けたときには、老人訪問看護療養費を支給する）、②国および地方公共団体の負担割合の拡大（介護に着目した公費負担拡充として、老健施設療養費、特例許可老人病院のうち政令で定める看護・介護体制の整った病院に係る入院医療費の公費負担割合を3割から5割に引き上げる）、③一部負担の見直し（外来1ヵ月800円を1,000円、入院1日400円を800円に引き上げる。低所得者は入院1日300円、2ヵ月を限度とする。1件当たり外来医療費、1日当たり入院医療費の変動率をもとに一部負担額を改定する仕組みを新たに法定化する）、④初老期痴呆にある者の老健施設の利用、⑤その他（看護方法・介護用具の研究開発、医療の質の評価方法の研究、医療費用額の算定の在り方の検討等）である。

この改正法は、国会の会期延長が行われなかったことから、5月8日に継続審議となったが、8

月に召集された第121国会では、新設の厚生委員会において法案の審議が進められ、一部負担金の額とスライド指標、公費負担割合を拡大する（対象の拡大、検討）等の一部修正を行ったうえで9月27日に成立した。

老人保健法の改正に伴い、1992年（平成4年）4月1日に老人保健施設療養費が改定された。その内容は、基本療養費を約12%、デイケアを約30

表1 老人病院、老人保健施設および特別養護老人ホームの制度比較

	老人病院	老人保健施設	特別養護老人ホーム
機能	治療機能	家庭復帰、療養機能	家庭と同じ機能
対象者	病状の急性期または慢性期の治療を必要とする老人	病状安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリ、看護・介護を必要とする寝たきり老人等（平成4年1月から初老期痴呆患者も対象となる）	在宅での介護が困難なため生活の場を必要とする寝たきり老人
主たる要件	療養が必要な場合（治療が重点）	リハビリ、看護・介護等の施設療養が必要な場合（入院治療は要さない）	居宅での介護が困難で常時介護が必要な場合（入院治療は要さない）
費用の支払い	医療費 ・老人診療報酬による出来高払い（月額平均31万円程度：特例許可老人病院） ・生保対象者には医療扶助	療養費 ・老人保健施設療養費を支給（月額252,240円） ・生保対象者には医療扶助（月額252,240円）	措置費 ・生活費全般について措置費を支給
財源	保険者拠出金 7割（6/12） 国 2割（4/12） 県・市町村 1割（2/12） ※看護・介護体制の整った病院については、平成4年1月1日から（ ）内のとおり	保険者拠出金 6/12 国 4/12 市町村 2/12	国 2分の1 県または市 2分の1
利用者負担	一部負担（入院） ・月18,000円（平成4年度） ・月21,000円（平成5、6年度） ・平成7年度以降消費者物価を指標にスライド改定 ・生保対象者には医療扶助	利用料 ・施設ごとに設定（月6万円程度） ・生保対象者には一定額の生活扶助	費用徴収 ・本人の所得に応じ負担
利用手続き	病院と個人の契約	施設と個人の契約	福祉事務所長の入所措置
開設者	医療法人、国、地方自治体、社会福祉法人、公益法人、日本赤十字社、厚生連、社会保険関係団体、医師等	医療法人、社会福祉法人、地方自治体、その他厚生大臣が定める者	社会福祉法人、地方自治体
開設許可等	都道府県知事の許可	都道府県知事の許可	県…許可不要 市…知事への届出 法人…知事の許可
施設	病室（4.3㎡/1人） 診察室 手術室 処置室 臨床検査室 等 廊下幅 片廊下1.2m以上 中廊下1.6m以上	療養室（8㎡/1人） 診察室 機能訓練室 談話室 食堂 浴室 等 廊下幅 片廊下1.8m以上 中廊下2.7m以上	居室（8.25㎡/1人） 医務室 機能回復訓練室 食堂 浴室 等 廊下幅 片廊下1.8m以上 中廊下2.7m以上
スタッフ （100人当たり）	医師 3人 看護婦 17人 介護職員 13人 その他 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等	医師 1人（常勤） 看護婦 8人 介護職員 20人 PT または OT 1人 その他 相談指導員等	医師 1人（非常勤可） 看護婦 3人 介護職員 22人 その他 生活指導員、機能回復訓練指導員等

%引き上げるとともに、痴呆専門棟加算等を新設した。

なお、表1は、老健施設と老人病院、特養の制度比較を示したもので、表2は、老健施設療養費の額の改定の推移を示している。

Ⅲ 老人保健施設の実態

厚生省大臣官房統計情報部では、老人保健施設実態調査を行っている。この調査は、1989年（平成元年）に初めて行われ、90年に第2回が、93年に第3回が行われた。第3回調査を中心に老健施設の実態をみてみたい。

調査対象は、1991年（平成3年）10月1日現在における老人保健法に基づき開設の許可を受けているすべての老人保健施設で、同年10月1日現在における状況および9月中に施設を利用した者を対象としている。

まず、調査日現在、全国にある老人保健施設は522施設であり、前年より152施設増加している。入所定員は4万2,071人であり、前年より1万

2,616人増加している。開設者別では、医療法人が369と70.7%を占め、次いで社会福祉法人が101で19.3%であり、以下、国・地方公共団体が28(5.4%)、その他が18(3.4%)、公的・社会保険関係団体が6(1.1%)となっている（表3）。

次に、併設施設のあるところは368施設であり、70.5%となっている。併設施設の種類の、病院が298、特別養護老人ホームが49、一般診療所が41などである。

施設を入所定員規模別の順位でみると、「50～99人」58.0%、「100～149人」32.8%、「49人以下」6.5%、「150人以上」2.7%となっている。前年に比べてほぼ同率である。

中間施設としての機能では、短期入所ケアをもつ施設は463(88.7%)、デイケア定員のある施設は4,968(95.0%)で、1施設当たり定員数は13.01である。さらに痴呆性老人加算承認施設は107であり、20.5%となっている。

療養室を定員別にみると、「4人室」が60.0%と最も多く、「2人室」は21.3%、「個室」は14.7%となっている。

表2 老人保健施設療養費の額の改定の推移

	1988年4月以降	1990年4月以降	1992年4月以降
1. 入所者基本施設療養費 (1ヵ月につき)	210,000円	226,770円	252,240円
2. 痴呆性老人加算 (1ヵ月につき)	15,000円	16,500円	19,500円
3. 痴呆専門棟加算 (1ヵ月につき)			29,100円
4. 短期入所ケア加算 (1日につき)	1,000円	1,100円	1,220円
5. 外泊時施設療養費 (1日につき)		3,700円	4,200円
6. 退所時施設療養費			
イ. 退所時情報提供	4,600円	4,600円	4,700円
ロ. 退所時指導	3,200円	3,200円	3,500円
ハ. 退所前訪問指導		3,000円	3,600円
ニ. 退所時老人訪問看護指示			2,500円
ホ. 退所時在宅療養情報提供			2,000円
7. 緊急時治療管理 (1日につき)	3,000円	3,030円	3,460円
8. 老人保健施設デイケア 施設療養費 (1日につき)	3,200円	5,200円	6,700円
9. 特別老人保健施設デイ・ケア 施設療養費 (1日につき)		6,900円	8,900円

表 3 開設者別にみた施設数および入所定員数

(各年10月1日現在)

	施 設 数			構成割合(%)		入 所 定 員 数			構成割合(%)	
	平成 3年	平成 2年	増加率 (%)	平成 3年	平成 2年	平成 3年	平成 2年	増加率 (%)	平成 3年	平成 2年
総 数	522	370	41.1	100.0	100.0	42,071	29,455	42.8	100.0	100.0
国・地方公共団体	28	23	21.7	5.4	6.2	1,696	1,430	18.6	4.0	4.9
医 療 法 人	369	253	45.8	70.7	68.4	29,706	20,192	47.1	70.6	68.6
社 会 福 祉 法 人	101	77	31.2	19.3	20.8	8,898	6,646	33.9	21.1	22.6
公的・社会保険関係団体	6	4	50.0	1.1	1.1	336	226	48.7	0.8	0.8
そ の 他	18	13	38.5	3.4	3.5	1,435	961	49.3	3.4	3.3

次に利用者の状況をみると、9月中の利用者は、4万7,261人であり、このうち入所者は4万274人で、利用者数の85.2%を占めている。通所者数は6,987人である。

利用者の平均年齢は80.8歳、うち入所者81.1歳、通所者78.6歳となっている。入所者の年齢階級別は、80～89歳が50.6%、70～79歳が36.0%、90歳以上が9.8%、69歳以下が3.5%と80歳以上が多い(表4)。男女別では、男28.4%、女71.6%の割合である。

主な入所判定理由をみると、「病弱で寝たきりに準ずる状態にある老人」が63.9%と最も多く、次いで「痴呆性老人」24.0%、「病弱な寝たきり老人」が11.7%となっている(表5)。入所前の場所は、医療機関が51.5%、家庭が44.3%となっている。

入所前の主傷病では、循環系の疾患が51.3%と最も高く、精神障害が20.6%と次いでいる。循環系の疾患では、脳血管疾患が41.6%を占めている。また、痴呆のある者が65.9%となっている。日常

生活動作で介助を必要とする者の状況では、入所者の場合で「入浴」が92.2%と最も多く、次いで「着脱衣」76.4%、「排泄」56.5%、「歩行」56.0%となっている。通所者でも「入浴」が82.1%、「着脱衣」65.0%と多い割合を示している。

入所者のうち月末在所者数は3万6,072人、退所者数は4,202人、退所者の割合は11.6%となっている。また、在所者・退所者の家庭状況は「子のいる世帯」が在所者68.7%、退所者72.6%、通所者69.1%と三者に若干の相違がみられる。

次に在所者の平均入所期間は「3ヵ月未満」が一番多く31.5%、「3～6ヵ月未満」22.3%、「6ヵ月～1年」が20.7%の順になっており、6ヵ月未満が53.8%を占めている(表6)。一方、退所者の平均在所日数は140日であるが、退所者の56.1%が90日以内で退所しているという結果である(表7)。

退院先については、退所者の56.6%が家庭に復帰しており、医療機関が32.7%と続いており、社会福祉施設は8.3%と少ない(図1)。

表 4 性・年齢階級別にみた利用者数

	利 用 者 数 (人)					構 成 割 合 (%)				
	総 数	入 所 者			通所者	総 数	入 所 者			通所者
		総 数	在所者	退所者			総 数	在所者	退所者	
総 数	47,261 (100.0)	40,274 (85.2)	36,072 (76.3)	4,202 (8.9)	6,987 (14.8)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
男	13,583	11,451	10,072	1,379	2,132	28.7	28.4	27.9	32.8	30.5
女	33,678	28,823	26,000	2,823	4,855	71.3	71.6	72.1	67.2	69.5
69歳以下	1,711	1,398	1,254	144	313	3.6	3.5	3.5	3.4	4.5
70～79	18,183	14,500	12,988	1,512	3,683	38.5	36.0	36.0	36.0	52.7
80～89	23,050	20,366	18,240	2,126	2,684	48.8	50.6	50.6	50.6	38.4
90歳以上	4,244	3,944	3,536	408	300	9.0	9.8	9.8	9.7	4.3
不 詳	73	66	54	12	7	0.2	0.2	0.1	0.3	0.1

表 5 主な入所判定理由・入所前の場所別にみた入所者数 (平成3年9月)

	入 所 者 数 (人)					構 成 割 合 (%)				
	総 数	家 庭	社会福祉施設	医療機関	その他	総 数	家 庭	社会福祉施設	医療機関	その他
総 数	40,274 (100.0)	17,845 (44.3)	1,130 (2.8)	20,727 (51.5)	572 (1.4)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
病弱な寝たきり老人	4,720	1,402	143	3,119	56	11.7	7.9	12.7	15.0	9.8
病弱で寝たきりに準ずる状態にある老人	25,741	11,222	676	13,468	375	63.9	62.9	59.8	65.0	65.6
屋内歩行が困難	10,462	4,003	291	6,027	141	26.0	22.4	25.8	29.1	24.7
屋内歩行が可能	15,279	7,219	385	7,441	234	37.9	40.5	34.1	35.9	40.9
痴呆性老人	9,670	5,154	307	4,071	138	24.0	28.9	27.2	19.6	24.1
中等度のぼけ	5,069	2,734	152	2,119	64	12.6	15.3	13.5	10.2	11.2
高度のぼけ	3,311	1,777	100	1,391	43	8.2	10.0	8.8	6.7	7.5
非常に高度のぼけ	1,238	616	52	540	30	3.1	3.5	4.6	2.6	5.2
程度不詳	52	27	3	21	1	0.1	0.2	0.3	0.1	0.2
不 詳	143	67	4	69	3	0.4	0.4	0.4	0.3	0.5

注: () 内の数値は、入所前の場所の構成割合である。

表 6 入所期間別にみた在所要者数

(各年9月)

	在所要者数(人)		構成割合(%)	
	平成3年	平成2年	平成3年	平成2年
総 数	36,072	24,216	100.0	100.0
3ヵ月未満	11,356	8,836	31.5	36.5
3～6ヵ月	8,057	6,136	22.3	25.3
6ヵ月～1年	7,460	4,939	20.7	20.4
1年～1年半	4,953	3,258	13.7	13.5
1年半～2年	2,142	926	5.9	3.8
2年以上	2,104	121	5.8	0.5

表 7 在所期間別にみた退所要者数

(各年9月)

	退所要者数(人)		構成割合(%)	
	平成3年	平成2年	平成3年	平成2年
総 数	4,202	2,702	100.0	100.0
1～7日	564	363	13.4	13.4
8～14	573	390	13.6	14.4
15～30	401	307	9.5	11.4
31～90	822	595	19.6	22.0
91～180	767	495	18.3	18.3
181日以上	1,075	552	25.6	20.4

入退所経路では「家庭から家庭へ」が74.9%ではあるが、「医療機関から医療機関へ」の割合も53.9%と多く、前年よりも高まっている。

以上が「老人保健施設実態調査」の概要であるが、改めて「自立支援」「家庭復帰」という原則が、安易でないことを物語っているように思う。

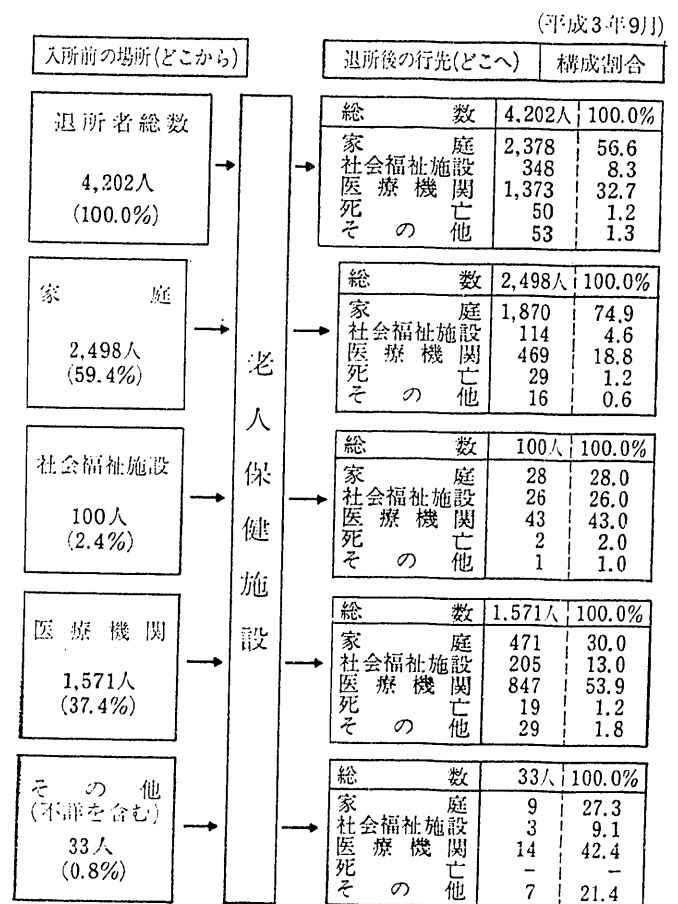


図 1 退所要者の入退所の経路

IV 老健施設の経営状況

老健施設制度の評価にあたって、施設の経営状況を把握することも必要である。既存資料で全国

の実態を示すものとしては、1991年（平成3年）4月1日に実施された「平成2年老人保健施設経営等実態調査」が直近のものである。

この調査は、1991年3月末現在で6ヵ月以上開設されている373施設の経営成績を調査している。

1施設当たり（定員数平均80.3人、入所者数平均72.9人）の事業収益は2億1,764万円であり、施設事業収支差額（事業収益）は、1,529万円であった。つまり、施設事業収益を100%として、7.0%の施設事業利益が生じるという結果となった。

しかし、この金額から施設事業外費用（大部分は支払利息等）を差し引き、施設事業外収益（この調査では寄付金等や売店等の収入）および特別損益を加えた総収支差額（税引き前利益）は496万円の赤字で、施設事業利益対比でマイナス2.3%ということになる。

これらの数値や比率をみて、経営状態が良いか

悪いかを単純に評価することはできないが、施設事業収支差額では若干のプラスであるが、新設施設であるため借入金が多く支払利息が多いことが主な要因で、総収支差額がマイナスなことは確かである。

事業収益に対する事業費用の比率をみると、給与費45.6%、医薬品費2.8%、経費15.4%、減価償却費13.3%、その他15.9%となっている。この比率を同規模の病院と比較すると、医薬品費率が低く、減価償却費とその他の比率が高率である。減価償却費が高いのは、新設施設であり、建物設備の償却額が多く医療および介護機器の償却が高いと理解するべきであろう。「その他」が高率なことについては詳細な分析が必要だが、消耗品の準備や研修費用をはじめ各種の創業費的性格の費用が多いことが予想される（表8）。

次に、各施設種別の収支状況についてみてみた

表8 1施設当たり収支額、開設者・収支科目別

（単位：千円、%）

	総 数		医療法人		社会福祉法人		地方公共団体		公的機関		その他	
		%		%		%		%		%		%
1. 施設事業収益	217,649	100.0	216,773	100.0	247,374	100.0	155,505	100.0	160,100	100.0	188,647	100.0
施設療養費	175,075	80.4	173,556	80.1	201,251	81.4	125,530	80.7	130,064	81.2	153,035	81.1
入所者	171,415	78.8	169,945	78.4	197,300	79.8	122,968	79.1	126,847	79.2	148,151	78.5
（基本施設療養費）	169,703	78.0	168,180	77.6	195,723	79.1	121,956	78.4	124,173	77.6	145,793	77.3
通所者	3,660	1.6	3,611	1.7	3,951	1.6	2,562	1.6	3,217	2.0	4,883	2.6
利用料	40,337	18.5	40,408	18.6	45,362	18.3	27,625	17.8	29,652	18.5	35,350	18.8
その他	2,237	1.1	2,809	1.3	761	0.3	2,350	1.5	384	0.2	262	0.1
2. 施設事業費用	202,358	93.0	204,839	94.5	207,658	83.9	157,179	101.1	168,473	105.2	211,910	112.3
給与費	99,286	45.6	96,835	44.7	108,782	44.0	95,993	61.7	92,959	58.1	98,920	52.4
医薬品費	5,989	2.8	5,677	2.6	6,713	2.7	6,871	4.4	6,021	3.8	6,241	3.3
経 費	33,480	15.4	35,957	16.6	30,148	12.2	17,701	11.4	14,157	8.8	38,144	20.2
減価償却費	28,918	13.3	33,619	15.5	18,984	7.7	8,741	5.6	29,881	18.7	30,807	16.3
その他	34,685	15.9	32,741	15.1	43,031	17.4	27,873	17.9	25,455	15.9	37,798	20.0
3. 施設事業収支差額 （1-2）	15,291	7.0	11,933	5.5	39,716	16.1	-1,674	-1.1	-8,373	-5.2	-23,263	-12.3
4. 施設事業外収益	7,647	3.5	4,773	2.2	9,659	3.9	26,308	16.9	1,864	1.2	19,928	10.6
5. 施設事業外費用 うち支払利息	28,830	13.2	28,098	13.0	35,380	14.3	20,154	13.0	16,496	10.3	23,910	12.7
	25,777	11.8	27,346	12.6	23,967	9.7	18,685	12.0	16,496	10.3	21,441	11.4
6. 経常利益 （3+4-5）	-5,892	-2.7	-11,392	-5.3	13,995	5.6	4,480	2.9	-23,005	-14.4	-27,245	-14.4
7. 特別損益	930	0.4	697	0.3	2,108	0.9	—	—	—	—	503	0.3
8. 総収支差額 （6+7）	-4,961	-2.3	-10,694	-4.9	16,102	6.5	4,480	2.9	-23,005	-14.4	-26,743	-14.2
施設数	373		255		77		23		4		14	

注：「公的機関」は日本赤十字社等である。「その他」は財団法人等である。

い。第1に開設者別収支では、①社会福祉法人は人件費、減価償却費ともに率が低く、事業収支がプラスとなっている、②医療法人は人件費が低く、減価償却費が高いことにより事業収支はプラスとなっている、③地方公共団体は人件費が高く、減価償却費が低く、事業収支はマイナスとなる、④公的機関は人件費、減価償却費ともに高く、事業収支がマイナスとなっている。

施設事業収支差額だけをみれば、①の社会福祉法人が最も高く、②③④の順で低い。

第2に、事業外収支を入れた経常利益では、医療法人と公的機関がマイナス、社会福祉法人がプラスとなり、地方公共団体もプラスになるが、これは自治体の一般会計からの繰り入れによるプラスである。このような結果から、人件費、減価償却費、支払利息、他会計の繰り入れが経常利益に大きく作用していることがわかる。

第3に、設置形態別収支状況をみると、事業収

支はすべての形態でプラスだが、特養併設の減価償却費が他の形態に比べて半分以下であるということは、減価償却を行っていない施設があるか、それとも特養併設で共有部分が多く建築面積が狭いか、建築費の低い地域に特養併設が多いか、を意味すると考えられる。社会福祉事業法上の第2種事業として老健施設を運営している場合とそれ以外の区分をはじめ、特養併設の経営内容を詳細に分析することが必要である。なお、経常利益では、特養併設のみがプラスとなっているという結果を示している(表9)。

第4に、定員区分別収支でみると、事業収支では、定員人数が多くなるに従い収支率がよくなり、すべてプラスを示している。しかし、経常利益では、49人以下のみがプラスであり、次によいのが100~149人のマイナス1.1%となっている。150人以上の施設では、支払利息が重くマイナス3.1%である。なお、総収支差額ではすべてマイナスで

表9 1施設当たり収支額、設置形態・収支科目別

(単位:千円,%)

	総 数		独 立 型		医療機関併設型		特養併設型	
1. 施設事業収益	217,649	100.0	254,227	100.0	197,679	100.0	242,122	100.0
施設療養費	175,075	80.4	206,098	81.1	158,156	80.0	195,711	80.8
入所者	171,415	78.8	201,507	79.3	154,880	78.3	192,284	79.4
(基本施設療養費)	169,703	78.0	199,523	78.5	153,214	77.5	191,101	78.9
通所者	3,660	1.6	4,591	1.8	3,276	1.7	3,427	1.4
利用料	40,337	18.5	45,321	17.8	37,287	18.9	45,938	19.0
その他	2,237	1.1	2,808	1.1	2,236	1.1	473	0.2
2. 施設事業費用	202,358	93.0	235,572	92.7	187,977	95.1	198,761	82.1
給与費	99,286	45.6	114,197	44.9	92,106	46.6	102,646	42.4
医薬品費	5,989	2.8	5,727	2.3	5,982	3.0	6,849	2.8
経 費	33,480	15.4	41,033	16.1	30,662	15.5	29,552	12.2
減価償却費	28,918	13.3	34,814	13.7	28,355	14.3	14,591	6.0
その他	34,685	15.9	39,801	15.7	30,872	15.6	45,123	18.6
3. 施設事業収支差額 (1-2)	15,291	7.0	18,655	7.3	9,702	4.9	43,361	17.9
4. 施設事業外収益	7,647	3.5	11,956	4.7	6,308	3.2	3,562	1.5
5. 施設事業外費用 うち支払利息	28,830 25,777	13.2 11.8	32,507 28,860	12.8 11.4	26,421 25,034	13.4 12.7	34,051 21,363	14.1 8.8
6. 経常利益 (3+4-5)	-5,892	-2.7	-1,896	-0.7	-10,411	-5.3	12,872	5.3
7. 特別損益	930	0.4	1,167	0.5	533	0.3	2,934	1.2
8. 総収支差額 (6+7)	-4,961	-2.3	-729	-0.3	-9,878	-5.0	15,806	6.5
施設数	373		105		234		34	

表 10 1施設当たり収支額, 定員区分・収支科目別

(単位: 千円, %)

	総 数		～49人		50～99人		100～149人		150人～	
1. 施設事業収益	217,649	100.0	96,825	100.0	184,173	100.0	274,293	100.0	497,928	100.0
施設療養費	175,075	80.4	74,197	76.6	147,440	80.1	222,232	81.0	404,165	81.2
入所者	171,415	78.8	71,897	74.3	143,942	78.2	217,794	79.4	403,675	81.1
(基本施設療養費)	169,703	78.0	71,404	73.7	142,420	77.3	215,596	78.6	401,208	80.6
通所者	3,660	1.7	2,300	2.4	3,498	1.9	4,439	1.6	491	0.1
利用料	40,337	18.5	16,311	16.8	33,690	18.3	51,767	18.9	93,763	18.8
その他	2,237	1.0	6,317	6.5	3,043	1.7	294	0.1	—	—
2. 施設事業費用	202,358	93.0	91,780	94.8	174,695	94.8	250,515	91.3	442,616	88.9
給与費	99,286	45.6	52,440	54.2	86,410	46.9	120,432	43.9	216,119	43.4
医薬品費	5,989	2.8	3,650	3.8	5,788	3.1	6,402	2.3	10,642	2.1
経 費	33,480	15.4	11,598	12.0	28,349	15.4	42,968	15.7	74,302	14.9
減価償却費	28,918	13.3	9,483	9.8	25,091	13.6	36,627	13.4	58,803	11.8
その他	34,685	15.9	14,609	15.1	29,057	15.8	44,086	16.1	82,750	16.6
3. 施設事業収支差額 (1-2)	15,291	7.0	5,045	5.2	9,478	5.1	23,779	8.7	55,312	11.1
4. 施設事業外収益	7,647	3.5	4,703	4.9	7,776	4.2	8,132	3.0	5,838	1.2
5. 施設事業外費用	28,830	13.2	9,212	9.5	25,208	13.7	34,817	12.7	76,660	15.4
うち支払利息	25,777	11.8	8,909	9.2	22,479	12.2	30,530	11.1	75,810	15.2
6. 経常利益 (3+4-5)	-5,892	-2.7	536	0.6	-7,954	-4.3	-2,907	-1.1	-15,510	-3.1
7. 特別損益	930	0.4	-1,216	-1.3	258	0.1	2,532	0.9	4	0.0
8. 総収支差額 (6+7)	-4,961	-2.3	-680	-0.7	-7,696	-4.2	-375	-0.1	-15,506	-3.1
施設数	373		24		212		127		10	

100～149人がマイナス0.1%で最もよい(表10)。

以上のデータを総合してみると、社会福祉法人の特養併設型で100～149床の総収支差額が最もよい数値を示すことになる。

施設種別の収支状況について、公表された調査結果からわかることはあまりにも限られている。少なくとも、開設年次別の数値や建物の資産総額の資料の提供がなければ、経営状況の分析は困難な作業である。また、建物の資産総額ということになれば、地域別の建築単価が2倍以上差がある現状において、地域別の数値も必要である。

公表データに制約があっても、調査により、ある程度老健施設の経営状況が明らかになったことは喜ぶべきことである。新設施設が多く、減価償却費やその他費用および支払利息が多いといっても、老健施設全体を1つの経営体としてみれば、決して楽な経営内容ではない。なぜならば、開設後の経過年数が長くなればなるほど、人件費の増

加が予想されるからである。ちなみに、常勤職員の1人当たり平均給与月額(諸手当含む)は、医師84万9,000円、看護職員20万2,000円、介護職員14万8,000円にすぎない。勤務年数が短く、年齢が比較的若く、地価の高い大都市部の老健施設が相対的に少ないとはいえ、職員の給与を早急に改善する必要がある。

特に、最も人数の多い介護職員の場合、特別養護老人ホームの寮母やホームヘルパーの給与水準に近づけるべきであると考えられる。また、その他の職種についても、おしなべて給与水準が低いように思われる。1992年(平成4年)4月の改定で、老健施設の療養費は大幅に引き上げられた。この引き上げられた療養費をもって、職員の給与水準の改善が必要のように思う。

老健施設は、21世紀の高齢化社会になくなくてはならない施設である。そしてこの制度は関係者の英知と努力によって成立し、老健施設職員によって

築かれ、国民によって育てられているのである。それゆえ、老健施設を円滑に運営し、社会的使命をまっとうするためにも、職員の資質の向上によりサービスを改善しなければならない。

人件費問題以外、老健施設の経営に問題が存在しないわけではない。たとえば、用地問題や地域格差問題は、決して小さな問題ではない。このままでは、大都市などの地価や人件費の高い地域での老健施設の普及に不都合が生じる。幸い、大都市圏の自治体で独自の施設補助金制度や融資制度が確立しつつあり、用地問題への対応も真剣に検討されるようになった。

これは、ゴールドプランの策定や老人保健福祉計画の努力の成果であるとともに、老健施設の必要性ないし重要性が地方自治体に理解されていることの証左である。

V 老健施設制度の意図

老健施設制度については、制度の創設前後に各方面よりさまざまな議論がなされた。制度創設のための国会審議では、「施設は特養なみ、医療は限りなく老人病院に近く」という発言や「施設療養費については20万円、利用料については、5万円程度」で「本格的高齢化に対応可能な新しい施設を創設する」という説明がなされた。

実態として、入院医療が必ずしも必要でないにもかかわらず、自宅に退院することも困難で、特養にも入所することができないでいる老人は少なくない。1963年（昭和38年）の老人福祉法により制度化された特養は、病院でも養護老人ホームでも対応できない老人で、在宅で生活することが著しく困難な場合の施設として誕生した。しかし、急激な高齢化と施設ケアへの社会的要請から、特養のみによる対応に限界が生じたことも確かである。1973年（昭和48年）に全国実施された老人医療費の無料化は、結果として老人入院患者数を増大させた。これ以降、主に老人を入院させることも目的とした病院の病床数が急増していった。

問題は、深刻な財政危機下における、老人入院患者の増加に伴う老人医療費の増加であり、「社

会的入院」といわれる長期慢性要介護老人の病院への集中であった。もちろん、在宅福祉サービスや地域における保健医療サービスの展開が不十分であったことにも起因するこのような状況は、なんらかの制度改革を余儀ないものとした。1983年（昭和58年）から実施された老人保健法は、老人の特性に見合った、予防、治療、リハビリを総合的に実施し、その費用について公平に負担することを目的とした。しかし、地域の保健サービスや短期的な財政対策を行っても、老人の量的ニーズと質的ニーズは、確実に拡大し、再度制度的変化を行うことを要請した。

その1つの結果が、老健施設にほかならない。そのため、老健施設は、これまでの医療制度や福祉制度への率直な反省から、量的ニーズにも、質的ニーズにも、そして財政的要請にも対応可能な制度として立案された。その結果、老人病院にも特養にも類似した第三の施設という基本的性格を具備することになったといえよう³⁾。

それゆえ、老健施設の性格としては、入所定員を増加可能な施設とし、サービスの質については可能な限り向上させ、今後の国および地方の財政負担を相対的に軽減させることにおいては、一定の実績があるが、財政負担がネックになって特養のみが要介護老人に対応することが難しい。病院は定員増加が比較的容易であるものと考えられるが、1985年（昭和60年）の医療法改正により、病床数の適正化が進んでいった。また病院は、あくまでも入院医療の必要な人のための施設で、入院が必ずしも必要のない老人に対するサービスに不満があり、社会的入院を肯定すれば老人医療費の増大が懸念された。さらに、特養も病院も在宅支援施設としては多くの問題を抱えているのが状況であった。

こうなると、まったく新しい制度を創設し、量を確保し、質を向上し、財政負担を少しでも軽減させざるをえない。しかし、特養のサービスに、一定の医療サービスを追加し、費用の総額を病院より低く、特養に対する公費負担も軽減させるということになれば、利用者負担を大幅に導入するとともに、サービスの質を低下させないような経

営の合理化が必要とならざるをえない。そして、利用者に対しては、利用のしやすさと、サービスの質を保証しなければならない。

つまり、老健施設は、これまでの各制度の問題を一挙に解決する切り札的な性格が求められているともいえよう。なぜならば、制度の仕組み自体に、如実に意図が読み取れるからである。それは、第1に利用料設定の意図である。利用料は、食費、おむつ代、理美容代、その他日常生活に要する費用と特別な療養室の提供に必要なとなる費用である。病院の一部負担の増加や特養の費用徴収を強化することは、国民から反対を受けることになる。しかし、新しい制度で、あらかじめ利用料の仕組みを設定すれば、この反対を受けずにすむことになる。実際に、利用料は、リーズナブルな料金であれば、施設が自由に設定できることになっている。ただし、負担が大きいことを理由に、施設自体が普及しないのであれば、問題視せざるをえない。そこで、仕組みとしては、自由設定の利用料に、5万円程度(現行では、各都道府県で共通的費用額の適切な設定となっている)という行政指導を組み込むことにより、この問題をクリアしようとしたのである。このことは、一部負担の増加ごとに、法改正を必要とし、そのたびに政治問題化することを、将来的にも避けようとしたといってもよい。

第2に、施設療養費については、医療保険で7割、残りを公費(現行制度では5割ずつ)で負担することにより、施設療養費は全部公的費用で賄うことにしたことである。医療保険や措置費制度では、あらかじめ必要な費用の総額を算定し、そこから一部負担や費用徴収とする考え方になるが、利用料以外を施設療養費としたことは、あらかじめカバーする部分と利用料とを区分したことになる。このことは、なんらかの財政的理由で療養費の改定幅が狭かったとしても、利用料を弾力化して、施設経営の安定化に寄与できる方策とも考えられる。

第3に、療養費と利用料の2本立てで、療養費の範囲にあるサービスを利用者の都合により拡大した場合にも、その拡大分を利用料として受けとれることを可能にした。たとえば、6時間を標準

とするデイケアを、利用者の都合により延長した場合、延長分を利用料として徴収できるという、現行システムを可能にしたのである。

第4に、利用料については、利用者負担で、その料金設定がリーズナブルな自由料金という建前にもかかわらず、利用料に含まれるサービスについても、指導、監督できる仕組みを確保したことである。つまり、費用を負担しない部分にも、口を出せるシステムとなっているのである。老健施設サイドに大幅なフリーハンドを与え、柔軟な施設経営を可能にし、活力ある運営を期待する一方で、利用料という、いわば施設と利用者との私的契約関係に老人ケアの質の確保・向上のため行政が介入するという仕組みを意図したことになる。

第5に、老健施設の整備については、額はともかくとして補助金の仕組みを定着させたことである。地方公共団体が病院等整備を行う場合や特養のような第1種社会福祉施設に対しては、公的補助制度が以前からあったが、医療法人に対する国の補助金は、それまで皆無に等しい状況であった。そこで、地方公共団体の老健施設に対しては、従来からの「保健衛生施設等施設整備費」を適用し、医療法人等については「特別保健福祉事業費」を新設し、両者で、老健施設への補助金システムを創設したのである。

以上の5点のみ考えてみても、老健施設制度が、病院や特養の問題点を一挙に解決し、老人施設体系の再編成を意図しようとしたことは、明白であろう。

この主張を補強することは、このほかにも可能である。たとえば、相談指導員、理学療法士または作業療法士の必要、職業付添の禁止、協力病院および協力歯科医療機関の決定、週2回以上の入浴、5時以降の夕食、医師、看護婦、相談指導員などの協議による3ヵ月ごとの入退所判定などがある⁴⁾。これらのすべてを既存の病院と特養に定着させることは、かなり努力を必要とすることになる。そこで、新しい老健施設制度を立案して、老健施設を牽引車として老人施設を体系化するという意図が形成されたのである⁵⁾。

表 11 設置主体・設置形態別の開設状況

設置主体	カ所数	定員(床)	設置形態	カ所数	定員(床)
医 療 法 人	477	39,115	独 立	205	18,837
社会福祉法人	116	10,450	病 院 併 設	364	27,760
済 生 会	9	660	診 療 所 併 設	47	3,764
日本赤十字社	1	22	特 養 併 設	45	4,121
厚生連	5	314	病院・特養併設	4	297
社 団 法 人	7	595	診療所・特養併設	3	218
財 団 法 人	15	1,294			
市 町 村	27	1,709			
一部事務組合	9	592			
そ の 他	2	246			
合 計	668	54,997	合 計	668	54,997

注：1992年10月31日現在。

資料：厚生省老人保健福祉局老人保健課。

VI 制度の評価とサービス評価

老健施設制度の評価については、大別して制度の評価とサービスの評価が可能であるが、それ以前の問題として、5年間という短期間に、施設数が順調に増加したことを評価するべきである。1992年（平成4年）10月31日現在、表11にあるように老健施設は668カ所、5万4,997床が整備されている。仮に制度やサービスに不備があれば、このような順調な整備は、困難であったであろう。少なくとも老健施設関係者の努力と熱意は、高く評価されるべきである。

老健施設の定性的評価を行うことは、多数の施設を訪問することによって可能である。しかし、定量的評価を行うとすると、既存資料に制限がある。老健施設の総合評価を目的とした研究としては「平成2年度老人保健健康増進等事業」の一環として行われた「老人保健施設が要介護老人の地域ケアに及ぼす影響に関する研究」（主任研究者＝北川定謙国立医療・病院管理研究所所長）がある。この研究の目的は、老人保健施設の所期の目的である「要介護老人の自立と家庭復帰」がどの程度推進されたか、また、老人保健施設の設置によって、地域の医療施設、福祉施設そして家庭との間の患者の流れがどのように変化したかを検証するものである。

研究は、5種類の調査からなっている。

第1に、1990年末まで開設されていた全国の393施設を対象として、調査を行った結果、329施設から回答が得られ、老健施設の食事、入浴、排泄等のサービス水準は比較的高いことが明らかになったが、利用者の社会復帰という面では、若干の問題が存在することが判明した。

第2に、4地域（福島、千葉、広島、福岡）の65歳以上住民2万2,542人を対象とし、老健施設程度認知度、関心度および利用希望についてアンケート調査を行った結果、1万7,021人より回答があり、認知度、関心度が高く回答者の約9割が、今後利用してもよいという回答があり、おおむね好意的な印象がもたれていることが明らかになった。

第3に、同地域の医師957人を対象として、地域の医療機関が老健施設に対して、どのような認識や関心をもち、どのように関連しているかなどについてアンケート調査を行った結果、686人から回答を得、認識や関心が高く、実際に老健施設を訪問したことがある医師も23.2%いた。また、日常診療中の患者の中で「老健施設利用対象者と思われる人がいる」と答えた医師は44.6%で、その対象者数は平均8.1人であった。

第4に、施設利用状況について、4地域6施設に限定しその施設開設以来全利用者1,451人を対象に心身状態や介護者状況等について経時的変化を詳細に調査した結果、1,451人の延べ利用回数は2,454回で、利用者の3分の2人は入所サービ

スのみの利用であるものの、老健施設の複数回利用者が23.1%を示した。また、入所1回のみの割合は利用期間が長くなるほど少なくなり、複数回入所の割合が増える。このほか長期にわたると増えるのは入所とショートステイの組み合わせであることも判明した。つまり、完全な社会復帰は無理でも、在宅と入所を繰り返すことが少なくないことが統計的に明らかになった。

第5に、老健施設の開設によって、地域の寝たきり老人数および老人医療費等が変化したかを調べるため、広島県御調町において、老健施設の開設前後の各種統計資料を集計したが、統計的有意差を明確にすることはできなかった。

以上が、結果を総合して、老健施設制度およびサービスについて、高い評価が与えられると結論された。ただし、制度実施からの期間も短いなどから、第5の点については、十分な分析が行えなかったが、調査当時としては、かなり広範かつ多数のデータを処理したという点では、研究自体は一定の水準を満たしていると考えられる。

老健施設のサービス評価については、病院や特養との相対的評価を行うことは可能であるが、サービスそれ自体の評価を行うためには、あらかじめサービスを評価する指標が必要である⁶⁾。このことについては、現在、「特別養護老人ホーム・老人保健施設の処遇基準に関する検討委員会」(委員長=日野原重明聖路加看護大学長)が特養、老健施設の「サービス評価」の基準作成を進めているので、その作業をまたなければならない。

制度の評価については、前述の老健施設制度の意図に対して、どの程度達成されたかを評価することも可能である。利用料と療養費との2本立て制度は、完全に定着したといえよう。老健法改正によって新設された老人訪問看護制度は、仕組みとしては、老健施設制度を踏襲したもので、この仕組みを他の制度に拡大すれば、老人施設体系は再編成することが可能であるとも考えられる。

また、利用料の仕組みについては、すべてのサービスを担保しようとするこれまでのシステムよりも、はるかに柔軟で、経営や運営への好影響を与えることができることが、判明しつつある。

このことは、医療保険や措置のシステムへ大きな影響を与えることは確実であろう。さらに補助金システムについては、憲法の規定で個人への国庫補助の禁止により個人病院への補助は実現しないものの、医療法人への補助を可能にした点については、高く評価されるべきである。実際に、医療法改正により療養型病床群に対する「患者環境改善施設整備事業」の新設という、わが国の医療政策史上初めての医療法人への補助金制度の導入という成果を現実のものとしたのも老健施設制度の評価と考えることができる。

このように考えてみると、老健施設制度を高く評価することが可能であろう。

ただし、老健施設のサービスおよび制度について、なんらかの批判を行う余地がないわけでもないことも確かであろう。しかし、老健施設制度の立案は、ベストではなかったにしろ、ベターな選択であり、これを批判するには、具体的な代案を示すことが必要であることも確かであろう。

注

- 1) この中間施設懇談会にいたる経過については、文献〔1〕が詳しい。また、〔2〕〔3〕〔4〕は、当時の状況を知るために、貴重な文献である。
- 2) 改正老人保健法については、〔5〕〔6〕〔7〕の文献を参照した。
- 3) 第三の施設という主張は、〔8〕〔9〕の文献から容易に理解することが可能である。
- 4) これらの新しい考え方は、実務マニュアルである。文献〔10〕〔11〕〔12〕〔13〕に共通した考え方である。
- 5) 老健施設制度の意図について、文献〔14〕は、詳細に点検している。
- 6) 質の評価については、「長期ケアの質の向上と評価」『社会保険旬報』No. 1786、社会保険研究所、1993年1月1日が詳しい。

参考文献

- 〔1〕 小山秀夫著『中間施設の潮流』、中央法規出版、1986年
- 〔2〕 社会保障研究所編『医療システム論』、東京大学出版会、1985年
- 〔3〕 全国社会福祉協議会出版部『中間施設』、全国社会福祉協議会、1985年
- 〔4〕 小室豊允編『明日の老人ホーム像を求めて』、全国社会福祉協議会、1988年
- 〔5〕 厚生省大臣官房老人保健福祉部監修『新しい老人保健法』、中央法規出版、1992年
- 〔6〕 厚生省大臣官房老人保健福祉部監修『老人保健

- 施設関係法令通知集』, 中央法規出版, 1992年
- 〔7〕 厚生省大臣官房老人保健福祉部監修『老人保健施設療養費総覧』, 社会保険研究所, 1992年
- 〔8〕 ユートブレーン編集出版部編『モデル老人保健施設100問100答』, ユートブレーン, 1987年
- 〔9〕 厚生省保健医療局老人保健部監修『老人保健施設』, 第一法規出版, 1987年
- 〔10〕 全国老人保健施設協会編『老人保健施設機能評価マニュアル』, 厚生科学研究所, 1991年
- 〔11〕 村田正子著『老人保健施設実践マニュアル』, 中央法規出版, 1992年
- 〔12〕 全国老人保健施設協会編『老人保健施設職員ハンドブック』, 厚生科学研究所, 1992年
- 〔13〕 社会福祉・医療事業団協力『ヘルスケア新時代の老人保健施設経営マニュアル』, 日経 BP 社, 1992年
- 〔14〕 荻島國男・小山秀夫・山崎泰彦共著『年金・医療・福祉政策論』, 社会保険新報社, 1992年
- (こやま・ひでお
国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長)